



Solicitud para el Programa de Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos (LIEAP)

For Office Use Only	
County:	_____
Priorities:	P1 P2
Approval	
Benefit Level:	_____
Denial	
Reason:	_____

POR FAVOR LEER - IMPORTANTE

LIEAP es un programa financiado por el gobierno federal. Ayuda a los hogares a pagar una porción de los costos de la energía. Los hogares elegibles recibirán ayuda una sola vez. Los fondos de LIEAP deben ser utilizados solamente para los costos energeticos del hogar.

Para qualificar para LIEAP un hogar debe:

1. No exceder los límites de ingreso que aparecen en la tabla .
2. Ser personalmente responsable de pagar por el costo del combustible, ya sea al propietario si usted renta, compañía de gas o luz o vendedor de combustible.
3. Haber hecho pago reciente hacia la calefacción o aire acondicionado. *(Los pagos pueden ser una combinación de pagos para el gas natural, electricidad, propano y leña. El total de los pagos de calefacción debe ser por lo menos \$80.)*
4. Por lo menos un miembro del hogar debe ser ciudadano de los E.E.U.U. o "extranjero calificado."

Personas que viven en la dirección	Cantidad Maxima de Ingreso Mensual
1	\$1,180
2	\$1,594
3	\$2,008
4	\$2,422
5	\$2,836
6	\$3,249
7	\$3,663
8	\$4,077
9	\$4,491
10	\$4,905
11	\$5,319
12	\$5,732

La solicitud completa debe recibirse por DCF a más tardar a la hora del cierre de negocios **el último día hábil de marzo**. Una aplicación no esta considerada completa si no esta firmada, prueba de factura de compañía de energia e ingreso de todos los miembros del hogar.

Evite atrasos en el proceso de su aplicación haciendo lo siguiente:

- Asegúrese de contestar todas las preguntas completamente,
- Proporcione copia de todos los documentos pedidos, y
- Todas los adultos en el hogar firmen la solicitud.

Enviar este formulario terminado al Centro de Procesamiento de:

**LIEAP Processing Center
PO Box 175001
Kansas City, KS 66117**

O puede entregarlo en su oficina local de DCF.

Por favor de un plazo de 30-45 days para el proceso de su aplicación.

Si usted tiene alguna pregunta llame al 1-800-432-0043.

Si necesita ayuda para llenar esta forma, comuníquese con su oficina local de DCF y se le proporcionará un intérprete sin ningún costo para usted.

Información del Hogar. Primero, anote a la persona a cuyo nombre está la cuenta de servicios de energía si reside en su hogar, si no es así, escriba su nombre en la línea 1 seguida por todas las personas que actualmente residen en esta dirección. Adjunte una hoja adicional según sea necesario. (Códigos de Raza: A=Asiático, B=Negro, H=Hispano, N=Nativo Americano (Indígena de los EE.UU.), W=Blanco, O=Otro)

Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (Mes Día Año)	Sexo M / F	Raza - Liste todas las que se apliquen (opcional)	Ciudadan o o Residente Legal	Incapacitado
1)					SI / No	Si / No
2)					Si / No	Si / No
3)					Si / No	Si / No
4)					Si / No	Si / No
5)					Si / No	Si / No
6)					Si / No	Si / No
7)					Si / No	Si / No
8)					Si / No	Si / No
9)					Si / No	Si / No
10)					Si / No	Si / No

Dirección

La dirección donde usted vive ahora Ciudad Estado Código Postal Condado

Nombre y dirección que usted prefiera que se le mande su correo solamente si es diferente a la de arriba:

Dirección Ciudad Estado Código Postal Condado

(Por favor marque la caja correcta) Es este su Tutor Representante Autorizado Beneficiario de SSI Otro:

2. Usted aplico para LIEAP el año pasado? Si No

3. Idioma preferido, si otro aparte del inglés .

Escrito: _____ Hablado: _____

Lenguaje por señas Si No

4. Si usted está actualmente en una situación de emergencia con sus servicios de energía, marque con un círculo la letra de todo lo que corresponda. Usted debe incluir las pruebas de la desconexión de otra manera el caso no será considerado una emergencia.

A Si Su hogar está actualmente desconectado del servicio de energía. Por favor anote la fecha de cuando se lo desconectaron: _____

B A usted se le acabó o tiene muy poquito propano o leña para operar su fuente principal de combustible para su calefacción. Por favor anote el porcentaje estimado disponible: _____%

C	Alguien en su hogar está utilizando equipo médico indispensable para vivir (e.g. máquina de diálisis, concentrador de oxígeno, máquina de presión intermitente de respiración, alarma de respiración infantil) operado por electricidad.
D	Sus servicios de energía van a ser desconectados dentro de 48 horas. Por favor anote la fecha en que se los van a desconectar: _____

5. ¿Alguna otra persona en su hogar recibe beneficios de Asistencia Alimentaria? Si No

6. Complete la información anotada abajo para cualquier persona(s) que recibe algún dinero de:		Nombre de la Persona que recibe los ingresos	Cantidad Mensual	Solo para uso de la oficina
WA	Sueldos brutos (antes de las deducciones), Salarios, Propinas, Comisiones			
Pago por hora: _____ Horas por semana: _____ Frecuencia del pago: _____ Nombre y dirección del empleador o patrón: _____				
WA	Sueldos brutos (antes de las deducciones), Salarios, Propinas, Comisiones			
Pago por hora: _____ Horas por semana: _____ Frecuencia del pago: _____ Nombre y dirección del empleador o patrón: _____				
WA	Sueldos brutos (antes de las deducciones), Salarios, Propinas, Comisiones			
Pago por hora: _____ Horas por semana: _____ Frecuencia del pago: _____ Nombre y dirección del empleador o patrón: _____				
		Nombre de la Persona que recibe los ingresos	Cantidad mensual	
SS	Beneficios de la Administración del Seguro Social			
SI	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			
CS	Mantenimiento de niños/Pensión por separación o divorcio (proporcione una copia de la orden judicial)			
CA	Ayuda Temporal a las Familias (TAF)			
UC	Beneficios por Desempleo			
SE	Autoempleado/Ingreso Agrícola (proporcione una copia completa de la declaración de impuestos)			
VA	Beneficios de la Administración de Veteranos (proporcione una copia del número de reclamación)			
RR	Retiro o Jubilación del ferrocarril u Otras Pensiones			
IR	Ingreso de interés/dividendo mayor de \$50 por mes (proporcione pruebas)			
OT	Otro (favor de anotar)			

Nota: Usted debe proporcionar comprobante de ingresos. Por favor adjunte talones de pago, carta o declaración de ingresos del patrón, etc. para todo el ingreso aparte del seguro social, SSI, TAF, GA, o UC.

7 ¿Está alguien en huelga? Si No Si la respuesta es Sí, nombre de la persona: _____

NOTA: Si algún miembro del hogar tiene 18 o es mayor y no recibe ingresos de ninguna índole (salarios, manutención del menor, beneficios de la Administración de Veterano, Seguro Social, pensión, intereses mayores de \$50.00, ayuda TAF, subsidios de desempleo, o regalos de amigos o parientes que se utilizan para pagar costos de manutención) proporcione la siguiente declaración en una hoja de papel en blanco. “Yo (nombre del individuo) siendo un adulto y viviendo en el hogar de (nombre del adulto del hogar) quién esta solicitando el programa LIEAP, indico que actualmente Yo no he recibido ingresos de ninguna fuente.” Esta declaración debe ser firmada y fechada.

8. Factura de combustible. Póngale un círculo a la letra de la declaración que describe cómo usted paga su factura de combustible de calefacción.

A	La factura de combustible está a su nombre o a nombre de otro miembro en el hogar. Nombre: _____
B	Su costo de calefacción está incluido en su renta. Nombre y número de teléfono del propietario: _____
C	Su factura de combustible está a nombre del propietario y usted le paga ya sea al propietario o a la compañía de combustible. El nombre del propietario y número de teléfono: _____
D	Su factura de combustible está a nombre de alguien aparte de un miembro adulto del hogar o al de su propietario. El nombre y parentesco/relación: _____ _____

9. Tipo de vivienda. Póngale un círculo a la letra que mejor describe donde usted vive.

H	Casa para una sola familia, casa de construcción modular, casa móvil	T	Casa remolque, cámper, RV (vehículo de recreo)
D	Dúplex (2 viviendas en el edificio)	G	Vivienda de Grupo
A	Apartamento (3 o más viviendas en el edificio)	N	Asilo de ancianos o (Casa de salud, o de asistencia).
O	Otro. Favor de anotar: _____		

10. ¿Usted vive en una vivienda subsidiada (Sección 8, Pública o para Ancianos)? Sí No
 Si la respuesta es Sí, por favor anote el nombre y teléfono del propietario y/o unidad: _____

11. Tipo de combustible. Póngale un círculo a la letra que mejor describe el combustible que se usa para el sistema de calefacción construido en su casa.

G	Gas natural de líneas subterráneas
E	Electricidad
O	Otro (Propano o gas embotellado, keroseno, aceite combustible, carbón o leña). Por favor anote el tipo: _____ Nombre y número del impuesto federal del proveedor de leña: _____

12. Sistema de calefacción. Póngale un círculo a la letra que describe el sistema de calefacción construido en su casa aun cuando actualmente no se use:

G	Calefacción central de gas	F	Calefacción de piso o pared
R	Radiadores de vapor o agua caliente	V	Estufa independiente con ventilación
E	Calefacción central eléctrica	S	Sistema de calefacción solar
W	Estufa de leña o Chimenea	H	Calentadores de zócalo o rodapié

¿Usted usa este sistema? Sí No Si la respuesta es no, ¿por qué no?: _____
 Por favor anote cualquier otro sistema que usted está usando: _____

13. ¿Usted ha hecho pagos de su factura de la calefacción en por lo menos 2 de los últimos 3 meses?

Sí No

(Proporcione comprobantes de pago de servicio de energía)

¿Si sus servicios de energía están incluidos en la renta, ha pagado usted la renta por lo menos 2 de los últimos 3 meses? Sí No

(Proporcione comprobante de pago de renta.)

Si usted tiene saldo a favor en su factura de servicios de energía, por favor anote la cantidad del dinero a favor : \$ _____

14. Opciones de pago de LIEAP. Póngale un círculo a la A o B abajo de la que indica cómo le gustaría su beneficio emitido. Nota: Usted puede escoger eso sólo una vez por el año del beneficio. Todos los pagos se harán según esta opción. Si ninguno se verifica, su beneficio entero irá al proveedor de la calefacción.

A Haga todo mi beneficio de energía pagable a mi proveedor de calefacción. (Adjunte una copia de su factura de calefacción).

B Divida mi beneficio de energía (1/2 a mi proveedor de calefacción y 1/2 a mi proveedor de electricidad). Adjunte una copia de ambas facturas.

C Haga todo mi beneficio de energía pagable a mi proveedor de electricidad. (Adjunte una copia de su factura de electricidad).

15. Información del proveedor:

El “proveedor primario del combustible de calefacción” es el proveedor que proporciona el combustible usado sobre todo para calentar su hogar. Por favor proporcione el nombre del proveedor y número de cuenta. El “proveedor secundario del combustible” es el otro abastecedor de energía que a usted le gustaria que recibiera toda o 1/2 de su beneficio LIEAP.

Proveedor primario del combustible de calefacción (Nombre): _____

Número de Cuenta: _____

Proveedor secundario del combustible que se pagará (Nombre): _____

Número de cuenta: _____

16. Por favor anote el nombre de cualquier agencia de ayuda u organización que le ayudaron a completar esta solicitud:

El Programa de Ayuda de Aclimatación de Kansas ayuda a los hogares de bajos ingresos para obtener reparaciones de la casa para que les ayude a reducir sus facturas de energía. Para más información sobre el programa, por favor llame a la línea gratuita de Información sobre Viviendas al 1-800-752-4422.

El Departamento de Niños y Familias de Kansas proporciona igual oportunidad en sus servicios, actividades y programas que reciben ayuda financiera Federal sin tener en cuenta la raza del participante, color, origen nacional, sexo o estado de discapacidad

Usted todavía no termina!
Lea & Firme atrás de pagina

USTED DEBE FIRMAR ABAJO – LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR

SU APLICACION NO PUEDE SER PROCESADA SIN SU FIRMA!

- Yo certifico que toda la información que yo he proporcionado está completa y exacta.
- Yo entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar los comprobantes de ingresos y otra información necesaria para establecer la elegibilidad.
- Entiendo que si yo recibo ayuda a la que yo no tengo derecho de recibir por la razón de ocultar o de proporcionar información falsa, yo debo de reembolsar el costo de la ayuda y puedo enfrentar cargos criminales.
- Entiendo que a cada persona sólo se le permite recibir los beneficios de LIEAP en un hogar durante el año, de sólo una agencia. Yo no puedo recibir LIEAP de DCF y las United Tribes (Tribus Unidas) en el mismo año.
- Entiendo que si mi servicio de energía es Kansas Gas Service, Westar Energy o Black Hills Energy mi beneficio se enviará directamente a ese proveedor.
- Entiendo que yo necesito continuar haciendo pagos regularmente a mi proveedor de energía y que cualquier beneficio de LIEAP que pueda recibir no tomará el lugar de mi responsabilidad de pagarle al proveedor.
- Entiendo que sólo un beneficio de LIEAP se dará cada año calendario, pero ese beneficio puede dividirse entre los proveedores de la calefacción y de refrigeración y esta elección se puede hacer solamente una vez al año. Cualquier pago adicional que se haga durante los meses del verano serán hechos de la misma manera que fueron omitidos originalmente en el invierno.
- Entiendo que yo puedo apelar el proceso de solicitud que excede 45 días de calendario después de que yo he sometido la información completa. Entiendo que yo puedo apelar cualquier decisión y que mi petición debe hacerse dentro de 30 días de mi rechazo o aviso de beneficio.
- Yo autorizo a DCF (o ha otro agente señalado) a dar información de la solicitud y del beneficio a mi proveedor de energía y a las agencias de ayuda de la comunidad.
- Autorizo a mi proveedor de energía para dar información de mi cuenta, incluyendo pero no se limita a, recibos & historial de los pagos & consumo de energía to DCF, al agente designado, & agencias de Aclimatisación.
- Autorizo cualquier investigación para establecer mi elegibilidad de mi hogar incluso el divulgar de registros de banco, nómina de sueldos y/o otros documentos de negocios y otras organizaciones.
- Entiendo que LIEAP es un programa financiado con fondos federales. Los beneficios están basados en la cantidad de fondos federales recibidos y se podrían terminar en cualquier momento que no haya fondos disponibles.
- Entiendo que la solicitud completa debe recibirse en la oficina de DCF para el cierre de los negocios el último día hábil de marzo.

X

**Firma de un Miembro Adulto del Hogar/Representante Autorizado
(Persona cuyo nombre figura en la factura del servicio primario de calefacción si esa persona vive en ese domicilio.)**

Fecha

Teléfono durante el día

X

Firma de un Miembro Adulto del Hogar

Fecha

Teléfono durante el día

X

Firma de un Miembro Adulto del Hogar

Fecha

Teléfono durante el día